

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis LE CACHEUX

Né le 10 juillet 1902 à Saint-Cloud (Seine)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LA RÉSECTION PARTIELLE

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis LE CACHEUX

Né le 10 juillet 1902 à Saint-Cloud (Seine)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LA RÉSECTION PARTIELLE

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1927



LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	N ..
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIÈRE.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIERE . . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique.
 DOGNON . . . Phistique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . . Urologie.

MM

HOVELACQUE . . . Anatomie.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ(Henri). . . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgicale
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie
 LEVY-SOLAL . . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie.
 QUÉNU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphili-
 graphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur) . . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophthalmologie.
 VERNE . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT . . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERRER . . . Histologie.
 TANON . . . Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	} Clinique chirurgicale.	LÉRI	} Clinique médicale.
AUVRAY . .		LÉPER	
CHEVASSU . .		MOCQUOT . .	} Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ . .	
LERREBOULLET . . .	Clinique médicale infan- tile.	VILLARET . .	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDoux-LEBARD	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
pro-
bation.*

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Faible témoignage de ma profonde
affection.*

A MON BEAU-PÈRE

A MA FEMME

*En reconnaissance de sa douce colla-
boration.*

A MON FILS

A MON ONCLE

DOCTEUR J. LE CACHEUX

*Qui nous prodigua son affection et
ses précieux conseils.*

A MES FRÈRES ET SOEURS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Paris

Chirurgien de la Salpêtrière

Grand Officier de la Légion d'Honneur

*Pour le grand honneur qu'il nous fait,
nous le prions d'agréer l'expression
de notre respectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1921-1922. — PROFESSEUR GOSSET (Salpêtrière).

1923. — PROFESSEUR SERGENT (Charité).

1922-1923. — DOCTEUR BERGE (*in memoriam*) (Broussais).

Externat

1923. — DOCTEUR RICHE (Tenon).

1923-1924. — PROFESSEUR DUVAL (Hôpital de Vaugirard).

1924. — DOCTEUR SOUQUES (Salpêtrière).

1924. — DOCTEUR STEVENIN (Bichat).

1924-1927. — DOCTEUR TOURAINE (Bichat, Tenon).

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

DOCTEUR LÉPAGNEUL.

DOCTEUR FOUET.

DOCTEUR MARCERON.

A MES MAÎTRES DE L'HOPITAL DE ST-GERMAIN

AU DOCTEUR MAURICE LARGET

Chirurgien de l'Hôpital

Qui guida nos premiers pas en chirurgie avec une patience et une bonté jamais démenties.

Il fut pour nous plus qu'un maître, un ami.

Il restera notre plus cher conseiller.

AU DOCTEUR JEAN-PAUL LAMARE

Chirurgien de l'Hôpital

Qui nous enseigna la clarté et la précision en chirurgie.

Son amabilité et sa gaieté nous firent goûter davantage ses précieux enseignements.

AU DOCTEUR HUC

Ancien Chef de Clinique aux Enfants malades
Chef du Service d'Orthopédie de l'Hôpital de St-Germain

Il sut nous rendre aimable une science ingrate. Son courage et sa persévérance nous seront d'un précieux exemple.

AU DOCTEUR VENOT

Médecin de l'Hôpital

AU DOCTEUR CHERECHEVSKI

Médecin de l'Hôpital

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

MM. LES DOCTEURS ROBERT MERGER, ALBERT LEDOS

A MES COLLÈGUES ET AMIS
DE L'HOPITAL DE SAINT-GERMAIN

MM. LES DOCTEURS FESQUET, BONNIER, FOURREY,
HINARD ET PAULIN

INTRODUCTION

Sur l'instigation de mes maîtres, les Docteurs LARGET et LAMARE, frappé moi-même du grand nombre des ovarites sclérokystiques découvertes au cours des laparotomies chez des femmes jeunes dysménorrhéiques, souvent stériles, nous nous sommes efforcé de rechercher parmi les méthodes employées au traitement chirurgical de cette affection celle qui, en diminuant les douleurs, conservait au maximum les fonctions de reproduction.

Ce problème depuis longtemps posé a reçu de nombreuses solutions : castration unilatérale, igniponctures, greffes ovariennes, résections partielles, résections des nerfs présacrés, sympathectomie de la gaine hypogastrique, telles sont les méthodes tour à tour employées qui, toutes, ont eu leurs succès et leurs échecs.

Nous avons essayé plusieurs de ces méthodes, nous en discuterons au cours de cet essai. Nous n'avons pu apprécier la sympathectomie et la résection des nerfs présacrés malgré les nombreux succès publiés ; ces opéra-

tions n'ayant pas été pratiquées à l'Hôpital de St-Germain. Parmi les autres opérations, la résection partielle nous a paru donner les meilleurs résultats. C'est cette opération que nous nous efforcerons d'étudier dans ses indications, sa technique et ses résultats.

HISTORIQUE

L'ovarite sclérokystique fut découverte vers le milieu du xix^e siècle. Entrevue par Lisfranc, elle fut décrite par Cherreau dans un mémoire paru en 1844, puis par Tilt en Angleterre, mais leurs travaux eurent peu de succès. Gallard, en 1873, dans sa « *Clinique sur les maladies des femmes* » montre déjà la différence entre l'ovarite primitive et l'ovarite infectieuse. Plus tard, Quénu, dans sa thèse inaugurale, fait un exposé magistral de l'ovarite à petits kystes. A sa suite, Dalché puis Gonzette, Paul Petit et Bonnet reprennent ce sujet. Les chirurgiens étrangers signalent de leur côté, la fréquence de l'ovarite sclérokystique. Depuis, l'ovarite sclérokystique a été maintes fois décrite ; à l'heure actuelle les symptômes et l'anatomie pathologique en sont parfaitement connus et l'on a nettement différencié l'ovarite primitive de l'ovarite infectieuse.

La thérapeutique de cette affection est au début purement médicale. Sous l'influence du repos et des stations thermales, un certain nombre des malades ont pu être améliorées, mais toutes ne guérissaient pas par le traitement médical. La majorité des ovarites restait

douloureuses. De plus, le traitement médical était un traitement dispendieux, de longue haleine, inapplicable à la classe pauvre qui ne pouvait s'astreindre à de longues cures de repos pouvant se prolonger des années ou à des séjours hors de leur portée dans des stations thermales. Les progrès de la chirurgie permirent un traitement plus efficace. En 1887, Péan fit la première hystérectomie vaginale ; en 1892, les progrès de l'asepsie permettaient à Polk de faire la première hystérectomie totale par voie abdominale. Depuis, la technique de cette opération a été précisée par Terrier, Doléris, Richelot, Doyen. En portant au plus haut point de perfection la technique de l'hystérectomie abdominale, ces chirurgiens en faisaient l'opération de choix dans l'ovarite sclérokystique. Ils prétendaient que ce traitement permettait le retour intégral à la vie normale et que ce résultat valait bien le sacrifice de quelques grossesses problématiques.

Pour réagir contre les abus du traitement radical, de nombreux chirurgiens préconisèrent l'opération conservatrice. Schröder et Martin en Allemagne entrèrent les premiers dans cette voie, et les malades opérées par eux guérirent, plusieurs même devinrent enceintes. Skutsch et d'autres chirurgiens en Allemagne, Mondé, Polk, Dudley, Kelly en Amérique les suivirent. En France, dès 1892, Doléris s'écrie : « Trop de mutilations inutiles, pas assez de chirurgie conservatrice ». Ce cri d'alarme a fait école. L'étude plus complète de la physiologie de l'appareil génital de la femme a montré l'importance de l'ovaire et de sa sécrétion interne. L'ovaire

joue un rôle non seulement comme organe générateur mais encore comme glande à sécrétion interne. La connaissance de cette sécrétion a permis d'expliquer les troubles qui succèdent à la castration de la femme jeune et dont l'intensité est souvent telle que, non seulement elle ne permet pas le retour intégral à la vie normale, mais que bien souvent elle remplace une infirmité par une autre. Ces considérations ont justifié encore davantage la tendance conservatrice. Pozzi, Delbet, Tuffier, Legueu en furent tour à tour les plus chauds partisans.

Deux procédés sont employés en chirurgie conservatrice de l'ovaire : l'igniponcture et la résection partielle. L'igniponcture fut vulgarisée en France par Pozzi. Cette opération fort simple consiste à détruire au thermocautère tous les petits kystes que l'on aperçoit à la surface de l'ovaire. Mais cette opération ne s'adresse pas à la cause de l'ovarite, de plus, elle détruit en surface des kystes et ne permet pas de juger, même d'une façon incomplète, de la valeur de l'organe traité. Pour parer à ce dernier argument, M. G. de Rouville fait une ouverture exploratrice de l'ovaire qui permet de détruire les kystes en profondeur ; mais la surface détruite au thermocautère devient souvent une zone d'adhérences ; aussi cette opération a-t-elle donné beaucoup de mécomptes, Pozzi lui-même l'a à peu près abandonnée ; cependant elle compte encore de nombreux partisans.

La résection partielle, pratiquée d'abord en Allemagne par Schrœdrer, fut vulgarisée par Martin, Pozzi et

Walther. Cette opération, elle aussi, a ses détracteurs. Franck prétend que la résection partielle, ne s'adressant pas à la cause de l'ovarite sclérokystique, est parfaitement inutile. De plus, la surface de résection devient, elle aussi, très souvent l'origine d'adhérences plus douloureuses par la suite que l'ovarite elle-même. Pour répondre à ces arguments, certains chirurgiens tels que Jabouley en 1908, puis Jonnesco, Hallopeau, Leriche et Cotte, s'adressant à la cause nerveuse pratiquèrent la sympathectomie périhypogastrique avec résection des nerf présacrés. D'autres, Cotte, Violet, nos Maîtres Larget et Lamare, s'adressant à la cause vasculaire, ont préconisé la résection partielle complétée par la greffe épiploïque libre.

Nous avons suivi à St-Germain les différentes étapes du traitement conservateur de l'ovarite sclérokystique. La simplicité de l'igniponcture nous a d'abord séduit. Mais réopérant plusieurs fois des malades ayant subi ce traitement, nous nous sommes aperçu que cette opération, si elle n'était pas toujours nuisible, était tout au moins parfaitement inutile. Les kystes s'étaient reproduit comme avant. Nous avons alors essayé la résection partielle. Ce traitement paraissait plus radical ; mais il comportait un gros inconvénient, si soigneuse que fut la suture, elle laissait toujours des petites surfaces cruantées, points d'appel presque fatal pour des adhérences douloureuses. Pour empêcher ces adhérences, rien de plus simple que d'avoir recours à une greffe épiploïque libre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de l'ovarite sclérokystique est depuis longtemps décrite et bien connue, nous nous contenterons d'en rappeler les grandes lignes.

On a voulu établir une différence très nette entre l'ovarite primitive et l'ovarite infectieuse. Cependant, si le processus de la dégénérescence est différent, il est souvent bien difficile au cours d'une intervention de les distinguer l'une de l'autre. Lorsque l'ovaire est atteint de dégénérescence primitive, les follicules de Græf, au lieu d'arriver à maturité, forment des kystes encapsulés dans une gangue fibreuse. Ces kystes ne se développent pas suivant le rythme normal de l'ovulation ; ils apparaissent sans ordre, se produisent en grand nombre donnant comme caractère principal de l'ovarite sclérokystique, le trouble de l'ovulation. Dans les affections de l'appareil génital féminin la circulation de l'ovaire est troublée, souvent au même titre que dans la dégénérescence primitive. Là aussi, les follicules de Græf donnent des kystes en désordre ; le trouble de l'ovulation paraît le même. De plus, les altérations de l'ovarite sclérokystique primitive peuvent se compliquer d'infection. C'est

ce qui explique que ces deux formes sont souvent confondues. Quoi qu'il en soit, l'ovarite est le plus souvent bilatérale avec, peut-être, une prédominance à gauche. L'ovaire est augmenté de volume, mais d'une façon inégale. Parfois, un peu plus gros que la normale, il peut atteindre le volume d'une grosse noix. Il est tantôt arrondi, tantôt allongé, tordu sur lui-même ou incurvé en arc de cercle. La surface est parsemée de petits kystes dont le volume est d'autant moindre qu'ils sont plus nombreux. Ces kystes donnent à l'ovaire un aspect framboisé. Leur enveloppe, d'un blanc bleuâtre, se déchire au moindre contact et laisse échapper un liquide clair très limpide. D'autres kystes, plus profonds, se reconnaissent seulement par leur saillie. Ces kystes sont accompagnés par plusieurs corps jaunes paraissant au même stade de développement. Souvent on rencontre des kystes hématiques beaucoup plus volumineux. Ces kystes foncés occupent parfois la moitié de la substance ovarienne ; parfois il sont recouverts par une mince pellicule comme les kystes clairs, souvent ils sont plus profonds, entourés par de la substance jaunée qui les masque en partie. Tous ces kystes sont séparés par le tissu cortical de l'ovaire épaissi, durci et d'aspect blanc nacré. La vascularisation de cet ovaire dégénéré paraît toujours défectueuse. La glande est pâle, des veinules dilatées sillonnent sa surface.

Lorsque l'on sectionne l'un de ces ovaires, on est surpris par la dureté de la substance qui sépare les kystes. Le parenchyme glandulaire est farci de kystes ; cependant, la portion d'ovaire voisine du hile en est sou-

vent dépourvue, tout au moins, ceux-ci sont moins nombreux que dans le reste de la glande.

L'ovarite infectieuse présente souvent un aspect analogue, cependant, elle s'accompagne de lésions fréquentes des organes voisins ; les trompes sont plus ou moins enflammées, les adhérences vélamenteuses recouvrent les annexes malades, cloisonnant parfois le petit bassin. Il existe souvent des kystes à la surface des trompes. Qu'elle qu'en soit l'origine, l'ovarite coexiste souvent avec une déviation de l'utérus, la plupart du temps il s'agit d'une rétroversion, que de nombreux auteurs ont rendu responsable de l'ovarite sclérokystique.

ÉTIOLOGIE

La pathogénie de l'ovarite sclérokystique est assez obscure. De nombreuses théories ont été émises, de nombreuses hypothèses sont encore discutées. On a invoqué tour à tour des causes locales et des causes générales. Palmer Dudley, en 1888, invoque l'importance du varicocèle pelvien. En 1889, J.-L. Lucas-Championnière rattache l'ovarite aux traumatismes et aux perturbations menstruelles. Siredey insiste sur l'origine diastatique et congestive, Robert Dupont, dans sa thèse de 1909, fait remarquer la fréquence de la rétroversion utérine chez les femmes atteintes d'ovarite et il invoque cette déformation parmi les causes les plus fréquentes de l'ovarite sclérokystique.

Nous avons vu que l'ovarite sclérokystique avait comme caractère principal un trouble de l'ovulation. Or, celle-ci est sous la dépendance d'une condition humorale de la femme adulte. Elle apparaît au moment de la puberté, s'arrête pendant la grossesse. Les maladies infectieuses sont susceptibles de la troubler, de l'arrêter même. Un mauvais état général, l'anémie, la chlorose peuvent l'interrompre. Il est donc naturel d'in-

voquer les causes générales à côté des causes locales dont le rôle est indiscutable. On a accusé la tuberculose, l'hérédosyphilis. Guinier, dans sa thèse de 1922, fait remarquer* la fréquence plus grande de l'ovarite dans les villes. Elle règne parmi les classes ouvrières. Guinier en accuse les carences alimentaires et le manque d'exercice. Nous avons recherché chez nombre de nos malades la syphilis et la tuberculose. Nous ne les avons pas trouvées dans des proportions telles que l'on puisse voir dans ces affections une cause générale d'ovarite. Mais quelle que soit la cause déterminante deux processus ont été discutés dans la formation de l'ovarite tant primitive qu'infectieuse : les troubles de l'innervation, les troubles de la vascularisation. La première théorie a été légitimée par Roux (de Montpellier) qui a découvert dans le pédicule de l'ovaire sclérokystique des formations nerveuses, véritables névromes, situés à proximité du parenchyme ovarien. La seconde théorie s'appuie sur la pâleur des ovaires sclérokystiques, la dilatation des veines à la surface ou à l'intérieur du parenchyme, la sclérose des artérioles du pédicule ovarien. Il est probable que ces deux processus se combinent, jouant tour à tour le premier rôle suivant la forme de l'ovarite. L'origine nerveuse paraissant dominer dans la forme scléreuse atrophique, contenant peu de kystes ; l'origine vasculaire paraissant indiscutable dans les grosse ovarites farcies de kystes hématiques. Ces lésions locales nettement constituées expliquent l'échec habituel du traitement médical et légitiment le traitement chirurgical.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous n'avons pas la prétention de décrire ici la symptomatologie détaillée de l'ovarite sclérokystique, mais seulement d'en rappeler les principaux symptômes, ceux qui éveillent l'attention du chirurgien et rendent, par leur intensité, l'ovarite sclérokystique une affection chirurgicale.

Le premier symptôme, le plus important, c'est la douleur. Elle apparaît parfois très tôt, dans les mois qui précèdent la puberté. Les fillettes éprouvent des douleurs dans les reins à dates fixes, puis, les premières menstruations se produisent entre douze et quatorze ans, l'ovarite ne paraissant pas retarder l'apparition des règles. Celles-ci ne sont pas toujours très douloureuses d'emblée. Le syndrome dysménorrhéique s'établit peu à peu, les douleurs augmentant à chaque menstruation jusqu'à devenir intolérables. Les crises douloureuses précèdent parfois les règles de plusieurs jours, le plus souvent, un jour ou deux. Elles évoluent d'une façon progressive, l'acmé se traduit par des tiraillements lombaires, des douleurs au points ovariens, irradiant à tout le ventre et vers les membres inférieurs.

Ces douleurs sont lancinantes, térébrantes, donnant la sensation de brûlures pelviennes avec élancements vers l'anus et la vessie.

Cependant, la malade est énervée, sujette à la migraine et à des crises nerveuses. Les tendances syncopales sont fréquentes.

Ces crises douloureuses peuvent se répéter plusieurs fois dans les journées qui précèdent l'écoulement menstruel. Souvent elles obligent la malade à s'aliter, car, en dehors des crises, le calme est relatif. La région ovarienne reste douloureuse, le moindre effort, la moindre fatigue suffisent à réveiller la douleur.

Ces dysménorrhées peuvent se répéter avec la même intensité à chaque période menstruelle : parfois elles sont plus marquées un mois sur deux. Très accentuées entre quatorze et vingt ans, les douleurs peuvent diminuer ensuite sous l'influence d'une hygiène appropriée ou du mariage. Mais souvent elles persistent faisant des femmes qui en sont atteintes de véritables infirmes.

L'écoulement sanguin est en général peu abondant, de durée variable, entre quatre à six jours. Cette période n'est pas douloureuse dans l'ovarite pure. Dans les formes à gros kystes les règles au contraire sont très abondantes. Des métrorragies anémiantes les prolongent souvent. Elles surviennent tous les mois ou tous les deux mois sans s'interrompre parfois d'une règle à l'autre.

L'examen de ces malades fait découvrir une pigmentation plus marquée des téguments, un développement

exagéré du système pileux. Dalché et Fouquet dans « La Gynécologie » font remarquer que cette pigmentation est plus marquée pendant la période menstruelle. Ils se demandent si l'on ne peut pas les attribuer à une insuffisance de la sécrétion ovarienne qui serait capable, directement ou par l'intermédiaire du système nerveux, de provoquer des désordres cutanés au même titre que l'insuffisance surrénale dans la maladie d'Addison. En dehors des crises, le ventre reste souple, il n'existe pas de douleur spontanée, mais la palpation révèle un point douloureux assez limité à l'intersection de la ligne ilio-pubienne et d'une ligne allant de l'ombilic à l'éminence ilio-pectinée. Le toucher révèle une sensibilité marquée des culs-de-sac latéraux. L'utérus est souvent petit et rétroversé. Le toucher rectal permet de sentir l'ovaire, même s'il reste en place; il est dur, bosselé, douloureux.

Avant les règles, le ventre est ballonné, douloureux spontanément, la malade accusant une douleur dans tout le bas ventre. Les désordres de l'appareil génital se répercutent sur l'état général réduisant les malades affaiblies et meurtries, à l'inactivité. La situation tend presque toujours à s'aggraver par suite de la névrose surajoutée.

- La stérilité est la complication la plus fréquente et la plus grave de l'ovarite. Cependant, elle n'est pas constante, un certain nombre des malades dont nous relatons les observations ont eu un ou deux enfants. Toutefois, on peut remarquer que chez ces malades les dysménorrhées se sont accentuées après ces grossesses et

l'on peut se demander si l'ovarite n'a pas été aggravée par une infection *post-partum*.

Le diagnostic de l'ovarite sclérokystique est en général facile. Les dysménorrhées, les métrorragies, les signes physiques ont des caractères bien définis. Cependant, il est une affection qui prête souvent à confusion, la grossesse extra-utérine, non rompue ou en voie de rupture, au premier mois. Celle-ci s'accompagne de douleurs rappelant les crises de l'ovarite.

Les tendances syncopales existent dans les deux affections.

Les métrorragies accompagnent l'une et l'autre. Le diagnostic se fera par les antécédents des malades. Le retard de règles, qui précède toujours les crises douloureuses de la grossesse extra-utérine et surtout par l'examen physique qui fera constater une masse douloureuse perceptible au toucher dans le cul-de-sac de Douglas de ces dernières malades.

En dehors de cette affection on doit toujours se mettre en garde contre les affirmations des névropathes qui exagèrent leurs douleurs ; ou contre les insinuations mensongères de certaines jeunes femmes qu'une intervention chirurgicale trop facile libérerait à tout jamais d'une maternité indésirable.

TRAITEMENT

Les différents traitements de l'ovarite sclérokystique ont été exposés dans l'historique de cet essai ; nous ne reviendrons pas sur leur description, nous contentant de décrire les techniques de la résection partielle telle qu'elle se pratique à l'hôpital de St-Germain. Nous étudierons d'abord la résection partielle avec greffe épiploïque libre.

Nous faisons une laparotomie médiane sous-ombilicale ou une incision de Phannenstill. Nous plaçons la valve de Doyen et nous protégeons l'abdomen avec trois compresses. Ceci fait, nous examinons les lésions.

La main qui explore va chercher un ovaire, tumeur de petit volume, qui sera facilement énucléée de l'abdomen après rupture des adhérences s'il y a lieu (ces adhérences se détachent assez facilement au doigt). Après examen du premier ovaire on va chercher l'autre pour comparer les lésions. Dans les cas d'ovarite double la résection partielle sera bi-latérale s'il y a lieu.

Nous plaçons un clan souple courbe sur le pédicule ovarien de façon à comprimer les vaisseaux tout en maintenant l'ovaire. Le clan est confié à l'aide,

Avec le bistouri nous dessinons circulairement la limite entre les parties saines et les parties malades. Puis, maintenant l'ovaire avec une pince à disséquer à griffes nous évidons les parties malades en râclant l'ovaire sans trancher, ce qui permet d'enlever tous les kystes sans les ouvrir et sans laisser d'enveloppe.

Nous attirons alors le bord libre de l'épiploon. Nous en plaçons une portion sur la brèche ovarienne, de façon à la recouvrir complètement en dépassant légèrement les bords. Nous sectionnons cette portion de l'épiploon après ligature.

Nous faisons la suture au catgut, à l'aide d'aiguilles enfilées, aiguilles droites serties qui n'accrochent pas. Nous préférons le surjet aux points séparés. Nous passons un point sur deux en prenant largement les bords. L'aide incline le clan de droite et de gauche de façon à présenter les tranches l'une après l'autre. De cette façon nous enfouissons l'épiploon entre les deux lèvres de la plaie ovarienne.

La suture terminée, nous desserrons le clan, nous examinons si rien ne saigne. Un point supplémentaire peut être nécessaire à ce moment s'il se produit un suintement sanguin.

Nous réséquons l'autre ovaire, s'il y a lieu, en suivant la même technique.

Nous enlevons alors les compresses abdominales, la valve de Doyen, et nous suturons la paroi en trois plans. Nous faisons la suture de l'aponévrose au catgut lent.

La technique de la résection partielle sans greffe épiploïque diffère par la suture de la plaie ovarienne.

Nous faisons, soit un surjet à points très rapprochés, passés une fois sur deux, prenant largement les bords et nous lions les deux extrémités du surjet de façon à rapprocher l'ovaire en forme de cor de chasse ; soit une suture aux points séparés ; soit une suture aux points de Connel.

Il est souvent nécessaire de compléter ces opérations par l'ablation de l'appendice et par la fixation de l'utérus rétroversé. Dans ce dernier cas, nous faisons l'hystéropexie avant la résection des ovaires. Nous employons pour cela la technique de Dartigues ou celle de Doléris.

SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires de la résection partielle sont en général très simples. Nous n'avons jamais observé de décès sur plus de cent ovarites opérées à l'Hôpital de St-Germain depuis 1922. La température dépasse rarement 38 le lendemain de l'opération, le pouls reste calme. Le deuxième jour, après la résection, les règles apparaissent. Cela s'explique par l'ablation des corps jaunes au cours de l'opération. Ces règles sont moins abondantes que normalement, elles ne se prolongent guère que deux ou trois jours, elles sont peu douloureuses. Nous autorisons le lever des malades le quinzième jour après l'opération.

Dans quelques cas, cependant nous avons pu observer des suites presque dramatiques, l'après-midi qui suivait l'opération, le pouls devenait rapide, mal frappé, la malade était angoissée, couverte de sueur, les extrémités froides. Une malade même nous donna de vives inquiétudes. Elle eut plusieurs syncopes dans la nuit qui suivit l'opération. Grâce à des injections d'insuline elle put se rétablir de ce choc opératoire.

Nous ne savons dans ces cas si l'on doit accuser le

choc nerveux ou une hémorragie pouvant se produire malgré la suture la plus soigneuse. Quoiqu'il en soit, nous n'avons plus jamais observé ces suites opératoires inquiétantes depuis que nous combinons la greffe épiploïque à la résection partielle.

RÉSULTATS

Nous avons pu revoir quarante-quatre des malades opérées à l'hôpital de St-Germain depuis 1922. Nous en citerons les observations. Les premières, jusqu'en 1926, ont subi des igniponctures ou des résections partielles sans greffe épiploïque. Les suivantes ont subi des résections partielles avec greffe épiploïque libre.

OBSERVATIONS

Résections partielles sans greffe épiploïque

Obs. 1. — Madame P..., âgée de 25 ans, réglée à quatorze ans, une fille âgée de deux ans, n'a jamais eu de fausses couches. Règles régulières durant quatre jours. Vient consulter parce que ses règles sont très douloureuses surtout depuis son accouchement.

L'opération a lieu le 13 septembre 1921. On trouve un ovaire droit très kystique, un ovaire gauche paraissant sain, une rétroversion utérine. On fait une hystéropexie à la Dartigue et une résection partielle de l'ovaire droit.

Revue le 26 janvier 1927, Madame P... a eu un garçon en 1923. Depuis l'opération, les règles sont régulières,

beaucoup moins douloureuses. Elles durent cinq jours environ.

Résultat : BON.

Obs. 2. — Madame P..., âgée de 22 ans, réglée à douze ans, une fausse-couche de deux mois. Règles durant cinq jours. Elles sont douloureuses depuis la puberté.

L'opération a lieu le 20 octobre 1921. On trouve un ovaire droit kystique que l'on résèque, un ovaire gauche paraissant sain que l'on laisse en place.

Revue le 26 janvier 1927, Madame P... n'a eu ni enfant ni fausse-couche depuis l'opération mais les règles sont beaucoup moins douloureuses, moins abondantes cependant.

Résultat : BON.

Obs. 3. — Madame G... âgée de 23 ans, réglée à quatorze ans, un enfant, pas de fausse-couche. Les règles ont toujours été très douloureuses, mais davantage après son accouchement en 1915. Depuis cette époque, règles très irrégulières s'accompagnant de douleurs obligeant la malade à s'aliter,

L'opération a lieu le 3 février 1922. Les deux ovaires sont kystiques. On les résèque tous les deux en laissant très peu de tissu ovarien.

Revue le 15 novembre 1926, les douleurs ont repris six mois environ après l'opération ; moins fortes au début, elles ont augmenté peu à peu jusqu'à devenir intolérables. Nous conseillons une nouvelle opération

Résultat : MAUVAIS.

Obs. 4. — Madame M. âgée de trente ans, réglée à seize ans ; trois enfants, pas de fausse-couche. Règles très irrégulières durant de dix à quinze jours. Métrorragies en dehors des règles, celles-ci sont toujours très douloureuses.

L'opération a lieu le 10 juin 1924. On trouve deux ovaires

kystiques. Résection partielle de ces deux ovaires. Suture des tranches aux points séparés.

Revue le 26 janvier 1927, Madame M. a des règles plus régulières. Les métrorragies ont disparu. L'écoulement menstruel ne dure plus que deux jours. Les règles sont redevenues légèrement douloureuses six mois environ après l'opération

Résultat : BON.

Obs. 5. — Madame L. âgée de 23 ans, réglée à quinze ans, une fille âgée de deux ans. Règles régulières de six à neuf jours, très douloureuses depuis la puberté. Pertes blanches en dehors des règles

L'opération a eu lieu le 12 juin 1924. On trouve deux ovaires kystiques. L'ovaire droit contient de gros kystes hématiques, on fait une castration uni-latérale droite et une résection partielle de l'ovaire gauche.

Revue le 26 janvier 1927, les règles sont redevenues douloureuses deux mois après l'opération, elles sont plus abondantes, durent de dix à douze jours, mais il existe des périodes de trois ou quatre mois sans règles après quelques mois réglés.

Résultat : MAUVAIS.

Obs. 6. — Madame D... âgée de 28 ans, réglée à 13 ans 1/2, un enfant en 1917. Les règles durent 4 ou 5 jours, sont très douloureuses surtout depuis l'accouchement. L'écoulement est peu abondant.

L'opération a lieu le 21 août 1924. On trouve un kyste de l'ovaire droit et un ovaire gauche sclérokystique : Ablation des annexes droits, igniponcture de l'ovaire gauche malade.

Revue le 26 janvier 1927, les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération, plus douloureuses même qu'elles ne l'étaient avant, elles sont irrégulières. Pas d'enfant ni de fausse-couche depuis l'opération.

Résultat : MAUVAIS.

Obs. 7. — Mme L..., âgée de 24 ans, réglée à 13 ans, un enfant en 1920, règles irrégulières, durant une huitaine de jours, très douloureuses depuis la puberté.

L'opération a lieu le 26 août 1924. On trouve des ovaires et des trompes kystiques surtout à gauche, on fait une annéxectomie gauche et des igniponctures dans l'ovaire droit.

Revue le 26 janvier 1927, les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération. La malade a souffert pendant un an mais au milieu de 1925 les douleurs sont beaucoup moins fortes. Les règles durent trois jours et sont régulières. Pas d'enfant ni de fausse-couche depuis l'opération.

Résultat : PASSABLE.

Obs. 8. — Mme B..., âgée de 27 ans, réglée à 13 ans, un enfant en 1921, règles irrégulières, durant tantôt 2 jours, tantôt 5, douloureuses depuis l'accouchement, pertes blanches continuelles en dehors des règles. Migraines et étourdissements fréquents.

L'opération a eu lieu le 7 octobre 1924. On trouve un gros kyste de l'ovaire gauche, et un ovaire droit kystique. On fait une annéxectomie gauche et une résection partielle de l'ovaire droit.

Revue le 26 janvier 1927, les règles ne sont plus douloureuses, durent 3 jours, surviennent régulièrement. Pas d'enfant ni de fausse-couche depuis l'opération.

Résultat : Bon.

Obs. 9. — Mme M..., âgée de 35 ans, réglée à 13 ans, règles régulières durant 10 jours, très douloureuses. Pas d'enfant ni de fausse-couche.

Opérée le 4 février 1925 on trouve l'ovaire gauche très kystique avec une trompe malade. Ovaire droit un peu moins kystique. Castration unilatérale gauche, igniponcture dans l'ovaire droit.

Revue le 26 janvier 1927, la malade nous apprend que ses règles sont redevenues douloureuses aussitôt après son opération, que les douleurs étaient plus fortes qu'avant et qu'elle a dû subir une hystérectomie subtotale à l'hôpital de St-Germain.

Résultat : MAUVAIS.

Obs. 10. — Mme L., âgée de 24 ans, réglée à 15 ans, un enfant en 1919. Règles à dates fixes, durant 3 jours, très douloureuses depuis la puberté mais surtout depuis l'accouchement. Pertes blanches en dehors des règles.

Opérée le 5 mars 1925 : on trouve deux ovaires très kystiques. On résèque les $\frac{3}{4}$ de chaque ovaire et on fixe l'utérus rétroversé par le procédé de Doléris.

Revue le 28 janvier 1927, Mme L. a eu un enfant depuis son opération. Les règles durent 5 jours. Elles sont redevenues légèrement douloureuses 4 mois après l'opération.

Résultat : BON.

Obs. 11. — Mme S., âgée de 25 ans, réglée à 18 ans. Règles très irrégulières de 4 à 6 jours, très douloureuses, obligeant la malade à s'aliter pendant toute la période menstruelle.

Opération le 24 avril 1925. On trouve un ovaire droit sclérokystique, un ovaire gauche seulement scléreux. On fait une résection partielle de l'ovaire droit, le gauche est laissé en place.

Revue le 28 janvier 1927, pas d'enfant ni de fausse couche depuis l'opération ; les règles ne sont plus douloureuses, elles ne l'ont jamais été depuis l'opération. Elles durent 6 jours et sont très régulières.

Résultat : BON.

Obs. 12. — Mme F., 26 ans, deux enfants, pas de fausse-couche. Réglée à quinze ans. Règles régulières, durant 5 à

6 jours, très douloureuses depuis le premier accouchement.

L'opération a lieu le 8 mai 1925. On trouve un ovaire droit sclérokystique, un ovaire gauche seulement scléreux. L'utérus est rétroversé. On fixe l'utérus suivant la méthode de Dartigue, et on résecte partiellement l'ovaire droit.

Revue le 28 janvier 1927. Pas d'enfant ni de fausse-couche depuis l'opération. Les règles sont très peu douloureuses, elles durent 6 jours et sont moins abondantes.

Résultat : Bon.

Obs. 13. — Mme P., âgée de 20 ans, réglée à 12 ans. Règles régulières durant 4 jours, très douloureuses depuis la puberté. Pertes blanches en dehors des règles. Pas d'enfant ni de fausse-couche.

Opérée le 24 mai 1925. Ovaire et trompe kystiques des deux côtés, plus marqué à gauche. Castration unilatérale gauche, igniponcture ovaire droit.

Revue le 28 janvier 1927, pas d'enfant ni de fausse-couche depuis l'opération. Les règles sont redevenues douloureuses 4 mois après la sortie de l'hôpital, les douleurs sont cependant moins marquées qu'avant, les règles durent 4 jours et sont peu abondantes.

Résultat : PASSABLE.

Obs. 14. — Mme P., 23 ans, réglée à 14 ans, un enfant en 1923, règles très douloureuses depuis la puberté, obligeant la malade à s'aliter depuis son accouchement.

L'opération le 3 juin 1925. On trouve un ovaire gauche très kystique. Un ovaire droit moins kystique. On fait une résection partielle de l'ovaire gauche et des igniponctures dans l'ovaire droit.

Revue le 28 janvier 1927, les règles sont régulières pendant 2 jours : elles sont beaucoup moins douloureuses qu'avant l'opération et n'empêchent plus la malade de travailler.

Résultat : Bon.

Obs. 15. — Mme T..., âgée de 25 ans, réglée à 12 ans. Règles durant de 3 à 4 jours. Très douloureuses irrégulièrement. Bouffées de chaleur et migraines fréquentes.

Opération le 9 juin 1925. On trouve un ovaire gauche très kystique, l'ovaire droit paraît sain. On fait une résection partielle de l'ovaire et on laisse l'ovaire droit en place.

Revue le 28 janvier 1927. Pas d'enfant ni de fausse-couche depuis l'opération. Les règles ne sont plus douloureuses.

Elles durent 4 jours et sont aussi abondantes.

Résultat : Bon.

Obs. 16. — Mme P..., 22 ans, réglée à 12 ans, deux enfants et une fausse-couche. Règles très douloureuses surtout depuis le deuxième accouchement. Pertes blanches très abondantes en dehors des règles.

Opération le 13 septembre 1925. On trouve un ovaire droit sclérokystique, une ovaire gauche paraissant sain. On fait des igniponctures dans l'ovaire gauche.

Revue le 28 janvier 1927. Pas d'enfant depuis l'opération, mais une fausse-couche de deux mois. Les règles sont redevenues douloureuses deux mois après l'opération mais permettent cependant à la malade de travailler.

Résultat : PASSABLE.

Obs. 17. — Mme C..., 28 ans, réglée à 13 ans, deux enfants, deux fausses-couches. Règles très douloureuses depuis la deuxième fausse-couche.

Opération le 21 octobre 1925. On trouve un ovaire et une trompe gauches kystiques, un ovaire droit sclérokystique. On fait une castration unilatérale gauche et une résection partielle de l'ovaire droit.

Revue le 30 janvier 1927. Les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération, moins cependant qu'avant. Elles sont peu abondantes et ne durent qu'un jour.

La malade a des étourdissements, des migraines et des bouffées de chaleur.

Résultat : MAUVAIS.

Obs. 18. — Mme D..., 22 ans, réglée à 14 ans, un enfant, une fausse-couche. Règles régulières durant 8 jours, douloureuses depuis la puberté.

Opération le 23 octobre 1925. On trouve du côté droit un kyste de la grosseur d'une petite mandarine, un ovaire gauche sclérokystique. On fait une castration unilatérale droite et des igniponctures dans l'ovaire gauche.

Revue le 30 janvier 1927, les règles ne sont plus douloureuses depuis l'opération : elles sont moins abondantes mais très régulières.

Résultat : Bon.

Obs. 19. — Mme C..., 26 ans, réglée à 14 ans, un enfant. Toujours bien réglée jusqu'au moment de sa grossesse en 1920. Depuis son accouchement, les règles sont devenues douloureuses ; métrorragies en dehors des règles.

Opération le 19 décembre 1925. On trouve des adhérences vélamenteuses cloisonnant le petit bassin, difficile à dégager surtout à droite. Utérus en rétroversion. Castration unilatérale droite. On fixe l'utérus rétroversé suivant la méthode de Doléris ; on fait des igniponctures dans l'ovaire gauche.

Revue le 10 avril 1925. Les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération. Depuis le début de 1925, la malade doit s'aliter presque continuellement.

Deuxième opération le 5 mai 1925. On trouve un utérus à nouveau rétroversé. L'ovaire gauche est volumineux et semble plus kystique que la première fois. On fait une hystérectomie subtotale.

Revue pour la deuxième fois le 5 février 1927, la malade ne souffre plus du bas-ventre, mais elle se plaint de bouffées

de chaleur et de migraines malgré l'absorption d'extrait d'ovaire.

Résultat : MAUVAIS.

Obs. 20. — Madame C., 30 ans, réglée à 16 ans, quatre enfants, une fausse-couche, règles très irrégulières, très douloureuses un mois sur deux ; migraines et palpitations de cœur fréquentes.

Opération le 27 décembre 1924. On trouve deux ovaires sclérokystiques, la trompe gauche paraît malade. Castration unilatérale gauche, igniponcture de l'ovaire droit.

Revue le 15 février 1926. Les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération, elles sont plus marquées qu'avant, persistent en dehors des règles, obligent la malade à garder le lit depuis le début de 1926. Nous conseillons une deuxième opération.

Deuxième opération a lieu en mars 1926. Nous trouvons des adhérences reliant le côlon pelvien à la cicatrice de l'ancienne annexectomie. L'ovaire droit traité par igniponcture est à nouveau sclérokystique. Les kystes paraissent aussi nombreux que la première fois. Il existe des zones de sclérose autour des traces d'igniponcture. Nous faisons une hystérectomie subtotale.

Malade revue le 30 janvier 1927. Elle ne souffre plus du bas-ventre, mais se plaint de migraines continuelles, de bouffées de chaleur, de palpitations de cœur, malgré un traitement régulier par extrait d'ovaire.

Résultat : MAUVAIS.

Obs. 21. — Mme L., 21 ans, réglée à 12 ans, pas d'enfant ni de fausse-couche ; règles peu douloureuses pendant 4 jours, mais depuis janvier 1925 la malade se plaint de violentes douleurs dans le bas ventre, exagérées au moment des règles.

Opération le 23 octobre 1925. On trouve deux ovaires

scélérckystiques, l'ovaire droit est petit et contient peu de kystes, l'ovaire gauche plus volumineux contient de nombreux kystes. Résection partielle de l'ovaire gauche, igniponcture de l'ovaire droit.

Revue le 30 janvier 1927 ; pas d'enfant ni de fausse couche depuis l'opération. Les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération ; elles sont régulières et durent 4 jours.

Résultat : MAUVAIS.

Obs. 22. — Madame C., âgée de 28 ans, réglée à 13 ans, pas d'enfant, une fausse-couche. Règles régulières, très douloureuses depuis la fausse-couche, bouffées de chaleur et migraines fréquentes.

Opération le 21 décembre 1925. On trouve un utérus globuleux, contenant de nombreux noyaux fibromateux, des adhérences nombreuses cloisonnent le petit bassin, l'ovaire gauche contient des kystes multiples dont un hématique, l'ovaire droit est lui aussi bourré de kystes avec un corps jaune géant. Résection partielle des deux ovaires avec curetage des 2 pavillons des trompes.

Revue le 30 janvier 1927, les règles sont redevenues très douloureuses 5 mois après l'opération ; elles durent de 4 à 6 jours. La malade a des bouffées de chaleur, des palpitations de cœur et des migraines.

Résultat : MAUVAIS.

Résections partielles avec greffes épiploïques.

Obs. 23. — Mme F., 28 ans, réglée à 14 ans, trois enfants, une fausse-couche ; règles régulières, durant 5 à 6 jours, douloureuses surtout depuis le deuxième accouchement ; bouffées de chaleur et migraines.

Opération le 8 janvier 1926. On trouve deux ovaires sclé-

rokystiques. On fait une résection sub-totale avec greffe épiploïque.

Revue le 30 janvier 1927. Pas d'enfant ni de fausse-couche depuis l'opération. Les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération, mais elles n'empêchent plus la malade de travailler. Les migraines et bouffées de chaleur ont disparu.

Résultat : Bon.

Obs. 24. — Mme L., 26 ans, réglée à 12 ans, règles régulières, durant 6 jours ; les règles sont très douloureuses un mois sur deux. Migraines fréquentes.

Opération le 20 janvier 1926. On trouve un ovaire droit contenant un kyste hématique de la grosseur d'une noisette et de nombreux petits kystes. Résection partielle, avec greffe épiploïque. Ovaire gauche légèrement scléreux. On le laisse en place.

Revue le 30 janvier 1927, Mme L. est enceinte de 6 mois. Les règles n'ont jamais été douloureuses pendant les 3 mois qui ont précédé la grossesse. Les migraines ont disparu.

Résultat : Bon.

Obs. 25. — Mme B., 28 ans, réglée à 14 ans, deux enfants et une fausse-couche ; règles régulières durant 7 à 8 jours, douloureuses depuis la fausse-couche. Pertes blanches en dehors des règles.

Opération le 23 février 1926. Les deux ovaires sont scléro-kystiques. On fait une résection partielle des deux ovaires avec greffe épiploïque libre.

Revue le 30 janvier 1927, les règles ont été irrégulières pendant les 2 mois qui ont suivi l'opération ; elles ont été douloureuses pendant cette période. Depuis mai 1926, la malade ne souffre presque plus et les règles sont régulières.

Résultat : Bon.

Obs. 26. — Mme V..., 26 ans, réglée à 11 ans, deux enfants, deux fausses couches, a toujours été mal réglée, pertes pendant 2 jours, règles très douloureuses l'obligeant à s'aliter surtout tous les 2 mois. Métrorragies en dehors des règles ; migraines et palpitations de cœur.

Opération le 14 avril 1926. On trouve 2 ovaires sclérokystiques et l'utérus rétroversé. Hystéropexie suivant la méthode de Dartigues. Résection subtotala des 2 ovaires avec greffe épiploïque libre.

Revue le 31 janvier 1927, la malade ne souffre plus depuis son opération. Les règles sont régulières durant 6 jours ; il n'y a plus de métrorragies. Les palpitations de cœur et les migraines ont disparu.

Résultat : Bon.

Obs. 27. — Mme G..., 24 ans, réglée à 13 ans, pas d'enfant ni de fausse-couche. Règles régulières durant 5 jours, très douloureuses depuis la puberté, obligeant depuis un an la malade à s'aliter. Migraines fréquentes.

Opération le 16 avril 1926. On trouve 2 ovaires scléro kystiques le gauche contient un kyste hématique. On fait une résection subtotala des 2 ovaires avec greffe épiploïque

Revue le 31 janvier 1927, les règles ne sont plus douloureuses : elles durent 3 jours et sont très régulières

Résultat : Bon.

Obs. 28. — Mme S..., 22 ans, réglée à 15 ans, pas d'enfant ni de fausse-couche, règles très douloureuses. Métrorragies en dehors des règles.

Opération le 23 avril 1926. On trouve un gros kyste de l'ovaire gauche, un ovaire droit scléreux. Résection de l'ovaire gauche. L'ovaire droit est laissé en place.

Revue le 31 janvier 1927, les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération, cependant ces douleurs vont en diminuant : les métrorragies ont disparu.

Résultat : PASSABLE.

Obs. 29. — Mme G..., 24 ans, réglée à 12 ans, pas d'enfant ni de fausse-couche, règles très douloureuses, durant 5 à 6 jours. Les douleurs ont augmenté surtout depuis le début de 1926.

Opération le 7 mai 1926 : on trouve un ovaire droit contenant un gros kyste hématique, de nombreux kystes séreux. L'ovaire gauche est très peu kystique ; on le laisse en place et l'on fait une résection subtotalaire de l'ovaire droit avec greffe épiploïque.

Revue le 31 janvier 1927. Les règles sont redevenues douloureuses un mois après l'opération, elles sont moins abondantes, elles permettent toutefois à la malade de travailler.

Résultat : PASSABLE.

Obs. 30. — Mme R., 26 ans, réglée à 13 ans, un enfant, pas de fausse-couche, règles très irrégulières durant 2 jours, très douloureuses surtout depuis l'accouchement.

Opération le 28 mai 1926. On trouve un ovaire gauche contenant un gros kyste, un ovaire droit sclérokystique, on fait une castration unilatérale gauche et une résection subtotalaire de l'ovaire droit avec greffe épiploïque libre.

Revue le 31 janvier 1927, les règles ne sont plus douloureuses depuis l'opération, elles sont régulières et durent 4 jours.

Résultat : Bon.

Obs. 31. — Mme R., 27 ans, réglée à 12 ans, 3 enfants et une fausse couche. Règles régulières, douloureuses depuis le deuxième accouchement obligeant la malade à s'aliter dès le début de 1926.

Opération le 11 mai 1926. On trouve des annexes gauches malades, un ovaire droit sclérokystique. On fait une castration unilatérale gauche et une résection partielle de l'ovaire droit avec greffe épiploïque.

Revue le 31 janvier 1927, les règles sont très irrégulières depuis l'opération, mais elles ne sont plus douloureuses.

La malade a des bouffées de chaleur et des migraines.

Résultat : PASSABLE.

Obs. 32. — Mme C..., 27 ans réglée à 13 ans, un enfant, une fausse-couche. Règles régulières, légèrement douloureuses, métrorragies en dehors des règles, migraines fréquentes

Opération le 5 juin 1926. On trouve 2 ovaires à gros kystes, on les résèque tous les 2 avec greffe épiploïque.

Revue le 31 janvier 1927, Mme C... ne ressent aucune douleur au moment de ses règles, celles-ci sont régulières, durent 3 jours, les métrorragies et les migraines ont disparu.

Résultat : BON.

Obs. 33. — Mme C..., 23 ans, réglée à 11 ans, un enfant âgé de 6 ans, une fausse couche. Règles régulières, douloureuses un mois sur deux, métrorragies en dehors des règles.

Opération le 9 juin 1926. On trouve un ovaire gauche sclérokystique, un ovaire droit scléreux ; on fait une résection partielle de l'ovaire gauche ; l'ovaire droit est laissé en place.

Revue le 1^{er} février 1927, les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération, beaucoup plus qu'avant, au dire de la malade, des métrorragies persistent, moins fréquentes cependant.

Résultat : MAUVAIS.

Obs. 34. — Mme L., 18 ans réglée à 14 ans, une fausse-couche, règles très irrégulières durant trois semaines, très douloureuses, obligeant la malade à s'aliter surtout depuis la fausse-couche. Bouffées de chaleur, migraines.

Opération le 11 juin 1926. On trouve deux ovaires sclérokystiques. On fait une résection partielle bilatérale avec greffe épiploïque.

Revue le 4^{er} février 1927 : les règles ne sont presque plus douloureuses elles sont devenues régulières et durent 4 jours.

Résultat : Bon.

Obs. 35. — Mme C..., 23 ans, réglée à 13 ans, deux fausses-couches, pas d'enfant. Règles régulières durant 5 jours, très douloureuses tous les 2 mois. Pertes blanches en dehors des règles. Palpitations de cœur, bouffées de chaleur.

Opération le 18 juin 1926. On trouve une double ovarite sclérokyستique avec de gros kystes hématisques. On fait une résection subtotale des 2 ovaires avec greffe épiploïque.

Revue le 1^{er} février 1927, les règles sont un peu moins douloureuses qu'avant l'opération. Elles le sont redevenues aussitôt après. les pertes blanches sont toujours aussi abondantes.

Résultat : MAUVAIS.

Obs. 36. — Mme B..., 43 ans, réglée à 12 ans, un enfant, une fausse-couche ; règles très irrégulières, très douloureuses, obligeant la malade à s'aliter. En juin 1926, la malade a eu des métrorragies très abondantes durant trois semaines.

Opération en juillet 1926. On trouve un gros kyste de l'ovaire droit, un ovaire sclérokyستique gauche. On fait une castration unilatérale droite et une résection subtotale de l'ovaire gauche avec greffe épiploïque.

Revue le 4^{er} février 1927, les règles sont moins douloureuses qu'avant l'opération, beaucoup moins abondantes, régulières. Les métrorragies ont disparu.

Résultat : Bon.

Obs. 37. — Mme E..., 22 ans, réglée à 16 ans, un enfant, pas de fausse-couche, règles irrégulières, peu douloureuses, métrorragies très abondantes en dehors des règles.

Opération en juillet 1926. On trouve un ovaire gauche kystique avec trompe enflammée, un ovaire droit sclérokystique. Castration unilatérale gauche ; résection partielle de l'ovaire droit avec greffe épiploïque libre.

Revue le 1^{er} février 1926. Les règles ne sont pas douloureuses depuis l'opération ; elles sont régulières six jours par mois ; les métrorragies ont disparu.

Résultat : Bon.

Obs. 38. — Mme B., 24 ans, réglée à 14 ans, un enfant, une fausse-couche. Règles très irrégulières durant 8 jours, très douloureuses surtout depuis la fausse-couche, métrorragies en dehors des règles, bouffées de chaleur et migraine.

Opération 13 août 1926. On trouve 2 ovaires sclérokystiques, la trompe gauche est enflammée. Résection partielle des 2 ovaires avec greffe épiploïque libre, ablation de la trompe gauche.

Malade revue le 1^{er} février 1927. Les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération. Il existait encore des métrorragies en dehors des règles en septembre 1926. Mme B. est actuellement enceinte de quatre mois.

Résultat : PASSABLE.

Obs. 39. — Mme G., âgée de 29 ans, réglée à 13 ans, pas d'enfant, ni de fausse-couche, règles régulières durant 7 à 8 jours, très douloureuses, obligeant la malade à s'aliter. Métrorragies en dehors des règles.

Opération en septembre 1926. On trouve un ovaire gauche volumineux contenant un kyste hématique perforé au centre. Ovaire droit sclérokystique. Castration unilatérale gauche ; résection partielle de l'ovaire droit avec greffe épiploïque.

Revue le 1^{er} février 1927 ; les règles sont régulières, beaucoup moins douloureuses qu'avant l'opération. Les métrorragies ont presque disparu.

Résultat : Bon.

Obs. 40. — Mme S..., 23 ans, réglée à 13 ans ; pas d'enfant ni de fausse-couche ; règles régulières très douloureuses surtout un mois sur deux. Migraines fréquentes.

Opération le 14 septembre 1926. On trouve un ovaire droit contenant deux gros kystes hématiques, l'ovaire gauche couvert de kystes séreux. Résection totale des 2 ovaires avec greffes épiploïques ; l'utérus rétroversé est fixé suivant la méthode de Dartigues.

Revue le 1^{er} février 1927 ; les règles sont beaucoup moins douloureuses qu'avant l'opération, elles sont régulières et durent 5 jours.

Résultat : Bon.

Obs. 41. — Mme F..., âgée de 20 ans, réglée à 14 ans, un enfant, pas de fausse-couche, règles irrégulières, très douloureuses tous les 2 mois et toujours très abondantes. Migraines et palpitations de cœur.

Opération le 17 septembre 1926. On trouve un ovaire droit très kystique, un ovaire gauche surtout scléreux. On fait une résection partielle de l'ovaire droit avec greffe épiploïque libre et des igniponctures dans l'ovaire gauche.

Revue le 1^{er} février 1927 la malade est très bien réglée depuis son opération ; les règles ne sont plus douloureuses ; les migraines et les bouffées de chaleur ont disparu.

Résultat : Bon.

Obs. 42. — Mme B..., âgée de 37 ans, réglée à 14 ans, un enfant, pas de fausse-couche, règles irrégulières durant de 8 à 10 jours, très douloureuses tous les mois surtout depuis l'accouchement.

Opération le 27 septembre 1926. On trouve deux petits fibromes sur la face antérieure de l'utérus et des ovaires sclérokystiques. L'ovaire gauche contient un gros kyste hématique. Résection partielle des deux ovaires en suturant l'épiploon entre les deux tranches.

Revue le 3 février 1927. Malade très améliorée au point de vue des règles qui, douloureuses le premier mois, le sont beaucoup moins maintenant. La malade a pu reprendre son travail qu'elle avait dû quitter plusieurs mois avant l'opération.

Résultat : Bon.

Obs. 43. — Mme L..., 24 ans, réglée à 13 ans, un enfant, pas de fausse-couche, règles très douloureuses, irrégulières, métrorragies en dehors des règles. Bouffées de chaleur, migraines et palpitations de cœur.

Opération le 31 octobre 1926. On trouve 2 ovaires sclérokystiques, on fait une résection subtotale avec greffe épiploïque.

Revue le 3 février 1927. Les règles sont redevenues régulières, elles sont beaucoup moins douloureuses qu'avant l'opération, les métrorragies, bouffées de chaleur et les migraines ont disparu.

Résultat : Bon.

Obs. 44. — Madame B..., 29 ans, réglée à 15 ans, règles peu douloureuses jusqu'à 22 ans, mais depuis cette époque elles obligent souvent la malade à s'aliter. Pertes jaunes en dehors des règles.

Opération le 2 février 1926. Adhérences vélamenteuses, ovaire et trompe droits malades, ovaire gauche sclérokystique, la trompe gauche est obturée. Castration unilatérale droite, résection partielle de l'ovaire gauche avec greffe épiploïque libre, ouverture du pavillon que l'on suture au catgut.

Revue le 3 février 1926. Les règles sont redevenues douloureuses 2 mois après l'opération. Elles le sont beaucoup plus qu'avant, au dire de la malade. Celle-ci se plaint de migraines, de bouffées de chaleur, de palpitations de cœur.

Résultat : MAUVAIS.

Obs. 45. — Madame M..., 22 ans, réglée à 13 ans. Toujours bien réglée jusqu'à son mariage en 1924. Depuis cette époque les règles sont devenues douloureuses ; il existe des métrorragies abondantes en dehors des règles.

Opération le 26 janvier 1926. On trouve un ovaire et une trompe droits volumineux, l'ovaire gauche est scléro-kystique. Castration unilatérale droite, résection partielle de l'ovaire gauche avec greffe épiploïque libre.

Revue le 3 février 1927. Les règles sont redevenues régulières durant 5 jours. Elles ne sont plus douloureuses, les métrorragies ont disparu.

Résultat : Bon.

Obs. 46. — Madame G... (malade de l'observation n° 3), revient à l'hôpital en novembre 1926. Les règles sont à nouveau très irrégulières, très douloureuses 2 jours avant, obligeant la malade à garder le lit.

Nouvelle opération le 18 décembre 1926. On trouve de nombreuses adhérences du colon sigmoïde aux annexes gauches. Les 2 ovaires sont à nouveau bourrés de kystes. L'ovaire gauche est plus volumineux et contient des kystes hématiques. Castration unilatérale gauche, résection partielle de l'ovaire droit avec greffe épiploïque libre.

Règles le deuxième jour après l'opération ; aux règles suivantes la malade ne souffre plus, les règles sont très peu abondantes ; on fait une série d'extrait d'ovaire injectable. Le mois suivant, de violentes crises douloureuses, durant toute une nuit, précèdent les règles. Les règles sont plus abondantes que le mois précédent. A sa sortie de l'hôpital la malade souffrait autant qu'avant l'opération.

Résultat : MAUVAIS.

DISCUSSION

De l'étude des observations ci-dessus, nous pouvons tirer les remarques suivantes :

D'une part, la rétroversion utérine est relativement peu fréquente :

D'autre part un grand nombre d'ovarites ont été aggravées par un accouchement ou un avortement.

Nous n'avons trouvé l'utérus rétroversé que six fois au cours de nos 46 interventions, c'est-à-dire seulement dans 13 % des cas. Cela nous paraît une bien faible proportion pour faire de la rétroversion une cause d'ovarite, étant donné surtout la fréquence de cette déviation utérine.

Les accouchements ou les avortements, au contraire, ont aggravé ou déclenché les crises douloureuses chez 19 de nos malades, c'est-à-dire dans plus de 40 % des cas. L'infection post-partum semble donc jouer un rôle très important dans l'étiologie de l'ovarite sclérokystique. Lorsque l'on songe à la fréquence des infections en dehors de l'infection puerpérale, on peut se demander, si, à l'exemple de certains auteurs, on ne doit pas rattacher toutes les ovarites sclérokystiques à la forme

infectieuse. L'ovarite d'apparence primitive aurait pour origine les infections vulvo-vaginales des petites filles.

Nous pouvons résumer les résultats de nos observations par le tableau suivant :

RÉSULTATS	IGNIPONCTURES		RÉSECTIONS SIMPLES		RÉSECTIONS AVEC GREFFES	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Bons	2	20	9	64	16	67
Passables	3	30	0	0	4	16,5
Mauvais	5	50	5	36	4	16,5
TOTAUX	10		14		24	
Grossesses	0	0	2	14	2	8,3
Fausse-couche	1	10	0	0	0	0

Nous voyons, d'après ce tableau, que l'igniponcture nous a donné 50 % de mauvais résultats et seulement 20 % de résultats satisfaisants. Elle nous paraît donc devoir être rejetée dans le traitement de l'ovarite sclérokystique. D'ailleurs, nous avons réopéré 2 fois des malades ayant subi cette opération (observations 19 et 20). Les kystes étaient reformés comme avant ; les douleurs que ressentait les malades étaient plus violentes avant la seconde qu'avant la première intervention.

La résection partielle sans greffe épiploïque nous a donné de meilleurs résultats : 64 % des résultats sont bons. 14 % de nos malades sont devenues enceintes.

Cependant, nous avons encore 36 % de nos résultats franchement mauvais. C'est beaucoup trop. Nous avons réopéré une malade ayant subi cette opération (observations 3 et 46), là aussi, les kystes s'étaient reproduits comme avant. Il existait, de plus, de nombreuses adhérences repliant l'ovaire gauche au colon pelvien, les douleurs, avant cette seconde opération, étaient devenues intolérables.

La résection partielle, à elle seule, ne suffit donc pas pour empêcher l'ovarite sclérokystique de se reproduire. Elle crée des zones d'adhérences, point de départ de douleurs atroces. C'est pour cette raison que nous avons essayé de supprimer les adhérences au moyen de greffes épiploïques.

La résection partielle avec greffes épiploïques paraît donner de meilleurs résultats, non pas que le pourcentage des résultats bons soit très supérieur, il n'atteint, en effet, que 67 %, mais le chiffre des résultats mauvais est sensiblement abaissé (16.5 % au lieu de 36 %). Il semble que l'on doive attribuer ce résultat à la suppression des adhérences. 8 % de nos malades sont actuellement enceintes : Mais ce résultat nous paraît très appréciable étant donné que nos observations ne remontent qu'au début de 1926. Nous sommes persuadé que nos malades ne s'arrêteront pas en si beau chemin.

Cependant, quels que soient ces résultats, ils ne nous satisfont pas complètement. Nous avons encore 33 % de résultats passables ou mauvais. La résection partielle avec greffes épiploïques libres n'est donc pas encore l'opération idéale.

CONCLUSIONS

De cet essai, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. — *L'ignipuncture* semble être une opération pour le moins inutile, elle ne supprime pas les douleurs, elle n'empêche pas les kystes de se reformer.

II. — La *résection partielle sans greffe épiploïque* nous a donné des résultats ; mais elle expose à des suites opératoires mouvementées ; elle risque de créer des foyers d'adhérences et de faire naître des douleurs plus pénibles que celles qui avaient déterminé l'opération.

III. — La *résection partielle avec greffe épiploïque* nous a donné des résultats satisfaisants dans 67 % des cas. C'est une opération facile, dont les suites opératoires sont bénignes ; elle permet aux malades qui l'ont subie de devenir enceintes. Toutefois, elle laisse encore subsister 33 % de résultats incomplets ou mauvais.

IV. — La *sympathectomie péri-hypogastrique* et la *résection du nerf présacré* suppriment les douleurs, mais ne peut faire disparaître les kystes déjà existants.

Il semble que l'avenir soit dans la combinaison de la *résection partielle avec greffe épiploïque* et de la *sympathectomie péri-hypogastrique* suivie de la *résection du nerf présacré*.

Vu, le Doyen,	Vu, le Président,
H. ROGER.	GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

AMENABAR. — Résection partielle et réduction de la circulation ovarienne comme traitement de l'ovarite sclérokystique (*La Semana méd.*, 5 juillet 1923).

BARRAUD. — Traitement des métrorragies de l'ovarite sclérokystique (*Thèse de Bordeaux*, 1903).

BOUILLY. — Notes sur l'ovarite sclérokystique (*La Gynécologie*, Paris, 1900).

BOURSIER. — Des opérations conservatrices dans l'ovarite sclérokystique (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1903).

CATALANO. — La eccezionale gravità di un caso quassilenziosa di ovarite sclerocistica (*Gaz. Med. Napolit.*, 1922).

COURTY. — La sympathectomie péri hypogastrique dans le traitement de l'ovarite sclérokystique (*J. des Sc. Méd. de Lille*, 11 juillet 1926).

COTTE. — Dégénérescence sclérokystique donnant lieu à des métrorragies (Soc. de Chir. de Lyon, 28 juin 1923, *Lyon Chirurgical*, mars et avril 1925).

DALCHE et FOUQUET. — *La Gynécologie*, septembre 1925.

DALCHÉ. — *Thèse de Paris*, 1881.

R. DUPONT. — Contribution à l'étude de l'ovarite sclérokystique (*Thèse de Paris*, 1909).

J. L. FAURE et SIREDEY. — *Traité de gynécologie*, 1910.

FORGUE et MASSABAU. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, janvier et février 1910.

FORGUE. — *Pathologie externe*, Paris.

FRAIKIN. — L'ovarite sclérokystique (*Thèse de Bordeaux* 1899).

JEAN DALSACE. — Société de biologie.

GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1873.

GONZETTE. — Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes (*Thèse de Paris*, 1890).

GUINIER. — Pathogénie de l'ovarite sclérokystique (*Thèse de Paris*, 1912).

GROSS. — Sur les hémorragies utérines dans la dégénérescence sclérokystique des ovaires (*Revue Méd. de Metz*, 1900).

KELLER. — Traitement des tumeurs kystiques de l'ovaire pendant la grossesse et l'accouchement (*Bull. Soc. d'obstétr. et gynec.*, 1926).

JEANNENEY. — *Progrès Méd. de Bordeaux*.

LEROY. — Contribution à l'étude de l'ovariotomie incomplète (*Thèse de Paris*, 1881).

DE LEMOS. — Tratamentos dos ovarites e falsas ovarites esclerocísticas (*Arch. Brasil de Méd. Rio de Janeiro*, 1923).

J. L. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Ovarites, salpingites, adhérences, Paris, 1889.

MALLET-GUY. — Ovarite sclérokystique (*Lyon Méd.*, 1922).

Paul PETIT. — Ovarite et kyste de l'ovaire (*Nouvelles Archives de Gynécologie*, 1888).

ROUX. — Les névromes sympathiques dans l'ovarite sclérokystique (*Acad. de Méd.*, 16 mars 1926).

ROUX-DE BRIGNOLES. — *La Gynécologie*, septembre 1909).

M. G. DE ROUVILLE et P. MOCQUOT. — Rapport du Congrès de chirurgie, Paris 4 et 9 octobre 1926).

SIREDEY. — *Hygiène des maladies des femmes*, Paris.

Neuf AGRÉGÉS. — *Traité de pathologie externe*, Paris.

VANVERTS. — Les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes (*Echo Méd. du Nord*, octobre 1926).

VIOLET. — Ovarites kystiques (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon*, 17 janvier 1923).

